

ABSTRAK

DARA PUSTIKA SUKMA. T311508005. REKONSTRUKSI MODEL HUKUM PENCEGAHAN KRCURANGAN (*FRAUD*) DALAM PENYELENGGARAAN SISTEM ASURANSI KESEHATAN NASIONAL DI INDONESIA Promotor : **Prof.Dr.Adi Sulistiyono, SH.,MH.,** Co Promotor : **Dr. Widodo Tresno Novianto, SH.,MHum.** Disertasi. Program Doktor Ilmu Hukum Fakultas Hukum Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Tujuan Disertasi ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis : (1) Mengapa terjadi penyimpangan atau *Fraud* dalam Penyelenggaraan Sistem Asuransi Kesehatan Nasional. (2) Bagaimana Model hukum dalam mencegah Penyimpangan atau *Fraud* dalam Penyelenggaraan Sistem Asuransi Kesehatan Nasional. Metode yang digunakan dalam penelitian disertasi ini adalah non doktrinal atau penelitian empiris, dengan menggunakan konsep hukum yang kelima yaitu hukum adalah manifestasi makna-makna simbolik para pelaku sosial sebagai tampak dalam interaksi antar mereka. Penelitian ini merupakan penelitian Preskriptif, yaitu untuk mengetahui, mengkaji, dan menilai apakah terdapat kurang optimalnya penanganan *Fraud* dalam Penyelenggaraan Sistem Asuransi Kesehatan Nasional di Indonesia dan mendapatkan saran-saran mengenai apa yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah yang terjadi dalam Penyelenggaraan Sistem Asuransi Kesehatan Nasional.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa (1) secara umum potensi-potensi *Fraud* layanan kesehatan semakin nampak di Indonesia. Potensi ini muncul dan dapat semakin meluas secara umum karena adanya tekanan dari sistem pembiayaan yang baru berlaku di Indonesia, adanya kesempatan karena minim pengawasan, serta ada pembenaran saat melakukan tindakan ini. Di Indonesia potensi *Fraud* dari kelompok klinisi mungkin muncul akibat; tenaga medis bergaji rendah, adanya ketidakseimbangan antara sistem layanan kesehatan dan beban layanan kesehatan, penyedia layanan tidak memberi insentif yang memadai, kekurangan pasokan peralatan medis, inefisiensi dalam sistem, kurangnya transparansi dalam fasilitas kesehatan, dan faktor budaya.; (2) Model hukum dalam pencegahan *fraud* dalam penyelenggaraan sistem asuransi kesehatan nasional adalah Pemberian sanksi dilakukan untuk menindak pelaku *Fraud*. Berdasar Permenkes Nomor 36 Tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Jaminan Kesehatan Nasional pada Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pihak yang berhak memberikan sanksi adalah Menteri, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sanksi yang direkomendasikan dalam Permenkes adalah sanksi administrasi dalam bentuk: teguran lisan; teguran tertulis; dan/atau perintah pengembalian kerugian akibat Kecurangan JKN kepada pihak yang dirugikan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi wawasan mengenai gambaran potensi *Fraud* layanan kesehatan kepada pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam upaya pemberantasan *Fraud* seperti kementerian kesehatan, dinas kesehatan kabupaten/ kota, jajaran direksi rumah sakit, badan dan dewan pengawas rumah sakit, BPJS Kesehatan, organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, hingga pemerintah daerah. Temuan ini juga diharapkan dapat menyadarkan berbagai pihak terkait bahwa upaya pemberantasan *Fraud* harus berjalan dalam siklus, mulai dari pembangunan kesadaran – pelaporan – deteksi – investigasi – pemberian sanksi – pembangunan kesadaran. Lebih lanjut pihak-pihak ini diharapkan dapat saling bekerja sama dalam upaya pemberantasan *Fraud* asuransi kesehatan di Indonesia.

Kata Kunci : Pencegahan, *Fraud*, Asuransi Kesehatan Nasional

ABSTRACT

DARA PUSTIKA SUKMA. T311508005. THE MODEL LAW THE PREVENTION OF FRAUD IN THE NATIONAL HEALTH INSURANCE SYSTEM IN INDONESIA. Promoter: Prof. Dr. Adi Sulistiyono, Sh., MH., Co Promoter: Dr. Tresno Novianto, Widodo. Sh., MHum. Dissertation. The Program Doctor Of Law Faculty Of Law Sebelas Maret University Surakarta.

The purpose of this Dissertation is to find out and analyze: (1) why is there a diversion or Fraud in the National Health insurance system. (2) how the Model Law in preventing Irregularities or Fraud in the National Health insurance system. The methods used in the research of this thesis are non doctrinal or empirical research, using the concept of the fifth law, namely the law is the manifestation of the symbolic meanings of social actors as it looks in the interactions between them. This research is the research of Prescriptive, i.e. to know, review, and assess whether there is a suboptimal handling of Fraud in the National Health insurance system in Indonesia and get advice about What to do to resolve a problem that occurs in the Organization of the national health insurance system.

The results showed that (1) in general the potential-potential Fraud health care increasingly appear to be in Indonesia. This potential appears and can be progressively expanded in general due to pressure from the new financing system prevailing in Indonesia, there is a chance because of the minimal scrutiny, and there is a justification when performing this action. In Indonesia the potential Fraud from a group of clinicians may appear due to; underpaid medical personnel, there is an imbalance between health service systems and health care burden, the service provider has not given adequate incentives, medical equipment supply shortages, inefficiency in the system, lack of transparency in health facilities, and cultural factors; (2) the Model Law in the prevention of fraud in the Organization of the national health insurance system is the sanctions made to crack down on the perpetrators of the Fraud. Based Permenkes 36 Years 2015 Number of prevention of Fraud (Fraud) in National health coverage on a National Social Security System (SJSN), a party is entitled to give the sanctions was the Minister, head of the provincial health Office, and head of Department Health District/City. The recommended sanctions in Permenkes is the administrative sanction in the form of: an oral reprimand; a written reprimand; and/or commands return loss due to Cheating JKN to the wronged. The results of this research are expected to give insights into the description of potential Fraud health care services to the parties responsible for the eradication of Fraud attempts such as the Ministry of health, District Health Office/city, ranks the Board of Directors of hospitals, the Agency and the Council of pengaws hospitals, Health professional organizations, BPJS, Association of health facilities, to local governments. These findings are also expected to bring various stakeholders that Fraud Crackdown must run in cycles, ranging from the development of consciousness – reporting – detection – investigations – sanctions – the development of consciousness. More parties is expected to mutually cooperate in health insurance Fraud Crackdown in Indonesia.

Keywords: Prevention, Fraud, National Health Insurance